

**Figure 3 :** Radiographs of right (3.a) and left (3.b) legs after bilateral tibial nailing.



### Conclusion

This case of simultaneous bilateral stress fractures of the proximal tibial shaft in a young man highlights the effects of a sudden increase in unaccustomed joint loading on a developing skeleton. The lower limb is the major site for stress fractures, particularly of the tibia, fibula, calcaneum and metatarsals. A number of predisposing factors have been identified, related to bone dimensions and the characteristics of the force applied. Most authors recognize the importance of training errors being the major attributer of overuse injury risk in runners. The incidence of symptomatic bilateral lower limb stress fractures is exceptional. While tibial shaft stress fractures are well recognized, the occurrence of simultaneous bilateral stress fractures at this site is rare. Repeat radiographs often confirm the diagnosis of stress fracture, but they are still only diagnostic in 50% of cases.

### References:

1. M Animashawun, G Bhattee, K Ravikumar. Bilateral tibial stress fractures: a Case report. *Eur J Orthop Surg Traumatol* 2012; 22: S189-S191.
2. Milgrom C, Giladi M, Stein M et al. Stress fractures in military recruits. *J Bone Joint Surg* 1985; 67B: 732-5.
3. Hulkko A, Orava S. Stress fractures in athletes. *Int J Sports Med* 1987; 8:221-6.

### Association sarcoïdose-lupus érythémateux systémique : une nouvelle observation

*Khammassi Naziha, Abdelhedi Haykel, Hergli Ilhem, Cherif Ismail, Ladeb Mohamed fethi, Cherif Ouahida  
Service de médecine interne- Hôpital Razi- Manouba*

La sarcoïdose est une maladie inflammatoire granulomateuse multisystémique de cause indéterminée. Les descriptions d'associations de la sarcoïdose avec d'autres affections qu'elles soient inflammatoires, immunologiques, cancéreuses ou infectieuses, plaident pour un mécanisme réactionnel à des antigènes divers à l'origine de la sarcoïdose. L'association avec le lupus érythémateux systémique (LES) est rarement décrite [1, 2,3]. Ces deux pathologies ont certaines anomalies cliniques et biologiques en commun. Nous rapportons une observation de sarcoïdose qui s'est manifestée par de polyadénopathies périphériques, des atteintes hépatique, cutanée et pulmonaire associées à des perturbations immunologiques et une péricardite faisant évoquer un LES.

### Observation

Il s'agissait d'une patiente de 45 ans, hospitalisée dans notre service en 2008 pour exploration de polyadénopathies périphériques.

L'examen somatique notait des adénopathies faisant 1cm de grand axe de la chaîne jugulo-carotidienne droite fermes, mobiles et indolores, des adénopathies inguinales bilatérales sans hépatomégalie ni splénomégalie, le reste de l'examen était sans particularité.

A la biologie on notait un syndrome inflammatoire biologique (vitesse de sédimentation à 108 mm la première heure, une CRP à 38 mg/l) et une hypergammaglobulinémie polyclonale à 25g/l. La fonction rénale, le taux de l'enzyme de conversion, le bilan hépatique et phosphocalcique étaient normaux. Les hémocultures et l'examen cyto bactériologique des urines étaient négatifs. Le frottis sanguin était sans anomalies. L'intradermoréaction à la tuberculine, la recherche de bacille de koch (BK) dans les crachats et les urines et les cultures étaient négatives.

Les sérologies (HIV, CMV, EBV, rubéole, herpès, brucellose, hépatites B et C, syphilis, Chlamydia) étaient négatives. Le bilan immunologique (anticorps antinucléaires et anti-DNA natifs) était négatif. L'échographie cervicale avait montré une thyroïde de taille et d'écho-structure normales, de multiples adénopathies cervicales jugulo-carotidiennes, sous angulo-maxillaires et parotidiennes bilatérales hypo-échogène à centre hyper-échogène. A la nasofibroskopie le cavum est régulier sans anomalies décelables. La biopsie ganglionnaire avait objectivé une adénite inflammatoire non spécifique.

La radiographie du thorax était normale. L'échographie cardiaque montrait une hypertrophie ventriculaire gauche concentrique et un épanchement péricardique concentrique modéré non compressif. La patiente resta asymptomatique jusqu'à septembre 2011, date à laquelle apparut un tableau clinique associant : une dyspnée au moindre effort, de polyarthralgies diffuses d'horaires inflammatoires, des myalgies

et une asthénie. L'examen physique notait de lésions papuleuses de petite taille infiltrées et fermes siégeant aux membres supérieurs et inférieurs et il n'y avait pas d'adénopathies superficielles palpables.

La biologie révélait un syndrome inflammatoire biologique modéré, une cholestase anictérique avec augmentation des taux de Gamma Glutamyl Transpeptidase (GGT) à 6 fois la normale (257UI/l ; N : 10-40) et des phosphatases alcalines (PAL) à 2 fois la normale (242UI/ml ; N : 42-128) sans cytolyse, une hypercalciurie à 6,04 mmol/l (N : 1,2-3,7), une hypercalcémie à 2,64mmol/l, une élévation de l'enzyme de conversion à 80UI (N < 68UI), une lymphopénie à 1200/mm<sup>3</sup>, un bilan rénal normal et absence de protéinurie.

Le scanner thoraco-abdominal objectivait un micronodule antéro basal gauche, une lame d'épanchement péricardique et péritonéal et des adénopathies latéro-trachéales droites de taille centimétrique, absence d'épanchement pleural et d'adénopathies intra ou rétropéritonéales (fig 1, 2). L'échographie cardiaque était normale, notamment il n'y avait pas d'épanchement péricardique. On mettait en évidence des anticorps antinucléaires (AAN) avec un titre à 1/320 et une fluorescence homogène, des anticorps anti-DNA natifs et anti-nucléosomes positifs.

Figure 1 : Adénopathie latéro-trachéale droite

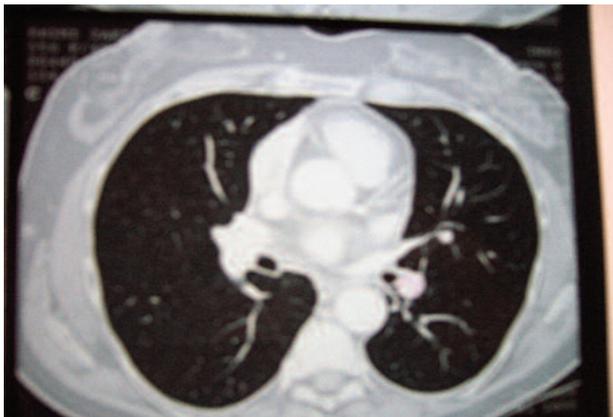
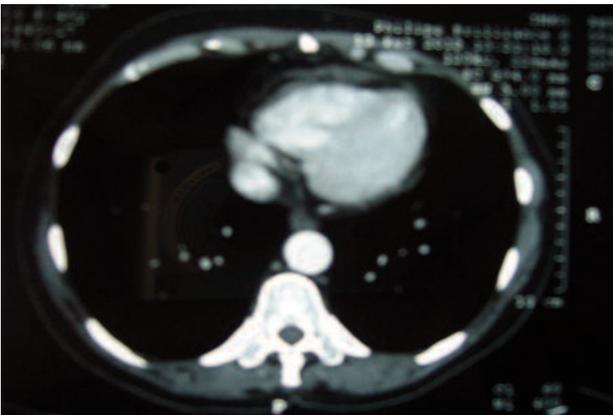


Figure 2 : Epanchement péricardique



On notait aussi une diminution de la fraction C4 du complément (C4= 0,056 g/l ; N : 0,16-0,31) et du CH50 (<10% ; N : 70-140%). La recherche d'une cryoglobuline, des anticorps anti-cytoplasme des polynucléaires neutrophiles (ANCA), des anti-muscles lisses, des anti-mitochondries et des anti-LKM1 était négative.

L'immunoélectrophorèse des protéines sériques n'avait pas montré de gammopathie monoclonale.

L'examen histologique par biopsie des nodules sous cutanés avait montré des lésions granulomateuses de l'hypoderme sans nécrose caséuse.

L'IFD montrait des dépôts granulaires de type IgM de la jonction dermo-épidermique

L'histologie des glandes salivaires accessoires avait conclu à une sialadénite chronique stade I sans signe histologique de malignité. L'histologie hépatique avait montré un aspect d'hépatite granulomateuse (fig 3, 4).

Figure 3 : Granulome hépatique

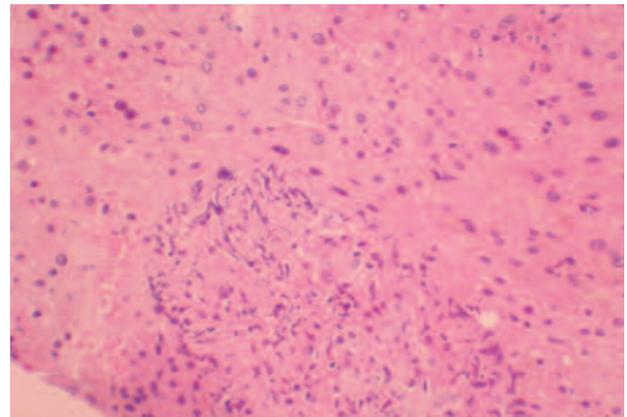
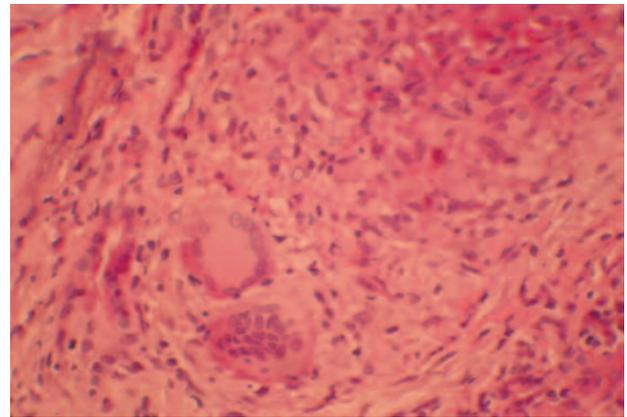


Figure 4 : Granulome hépatique



La fibroscopie bronchique n'avait pas montré d'anomalies avec au lavage broncho alvéolaire une hypercellularité (420 000 cellules par ml), dont 54 % lymphocytes, 43 % macrophages et 3 % polynucléaires neutrophiles ; le rapport CD4/CD8=0,3.

La spirométrie était normale.

Au terme de ces explorations, il s'agit donc semblablement d'une sarcoïdose avec atteintes hépatique, cutanée et pulmonaire associée à une cholestase anictérique et hypercalcémie.

Par ailleurs, notre patiente répondait à 4 critères diagnostiques de lupus érythémateux systémique proposés par le Collège Américain de Rhumatologie en 1987 (péricardite, anticorps antinucléaires, anti ADN et anti nucléosomes et lymphopénie). Une corticothérapie per os (1mg/kg/j) permit une normalisation de la calcémie, de la calciurie, de la lymphopénie et du taux des PAL ; cependant, on assistait à une élévation progressive des taux de GGT nécessitant la prescription de l'azathioprine (Imurel).

### Conclusion

L'association d'une sarcoïdose avec un LES pourrait être fortuite ou témoignant de mécanismes physiopathogéniques communs. Le rapport entre ces deux maladies reste à démontrer. Chez notre malade une atteinte viscérale grave en rapport avec le LES reste à craindre, justifiant une surveillance rigoureuse.

### Références

- [1] Begum SLIC, Wedderburn LR, Blackwell V, Isenberg DA. Concurrence of sarcoidosis and systemic lupus erythematosus in three patients. Clin Exp Rheumatol 2002; 20: 549-52.
- [2] Wiesenhuber CM, Sharma OP. Is sarcoidosis an autoimmune disease? Report of four cases and review of the literature. Semin Arthritis Rheum 1979; 9: 124-44.
- [3] Fivenson DP, Crump G, Scheele P, Breneman DL. Systemic lupus erythematosus developing in a patient with longstanding pulmonary sarcoidosis. J Rheumatol 1989; 16: 1116-9.

---

## Misdiagnosed Anorectal Malignant Melanoma

*Ennaifer Rym, Elleuch Nour, Romdhane Hayfa, Hefaieth Rania, Marsaoui Lobna, Gharbi Lassad, Bel Hadj Najet, Khalfallah Tahar*

*Service de Gastro-entérologie : Hôpital Mongi Slim, Tunis  
Université de Tunis El Manar Faculté de Médecine de Tunis*

Anorectal melanoma is rare and has very poor prognosis with a median overall survival between 8 and 19 months [1]. The incidence has been reported to be 0.4%–3.0% of all malignant melanoma and 0.1%–4.6% of all anorectal malignant tumors [2,3]. The anorectum is the third most common location of malignant melanoma after the skin and retina. The most common symptom is rectal bleeding, which is often mistaken for bleeding associated with hemorrhoids. Diagnosis is very difficult, and initial diagnosis may be incorrect in 80% of all cases [4]. For patients with anorectal malignant melanoma, treatment strategy includes surgery, chemotherapy, and radiotherapy. Surgery is the mainstay of treatment. Chemotherapy and radiation therapy alone have not been

shown to be effective, but may provide some benefit when used in an adjuvant way. The choice of wide local excision or abdominoperineal resection is also controversial [2,5]. We present one case of anorectal malignant melanoma initially wrongly diagnosed as thrombosed hemorrhoid and subsequently with a rapid and fatal course.

### Case report

A 76-year-old woman was referred to our hospital for suspicion of external hemorrhoidal thrombosis. The patient complained of rectal bleeding, anal pain and a peri anal mass. The ano-rectal examination showed a brownish anal mass extruding the anal canal, and the digital examination revealed a circular hard and painful tumor (Figure 1).

**Figure 1 :** Image of the rectal tumor showing pigmented lesions.



The colonoscopy showed a pigmented ulcero-vegetant lesion in the anal region extending to the medium rectum. Laboratory data as well as serum carcinoembryonic antigen (CEA) and CA19-9 levels were almost normal. Biopsy of the rectal mass was performed. Histopathological examination showed a pattern of pleomorphic cells with melanin pigmentation of the cytoplasm (Figure 2).

**Figure 2 :** Histopathological examination of the rectal specimen showed the nest of melanocytic cells

